

Apellido LEGAL del estudiante: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido LEGAL del estudiante: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido LEGAL del estudiante: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido LEGAL del estudiante: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Miembros del hogar:

El estudiante **vive** con (*marque la casilla*) Padres Madre biológica Padre biológico Tutor legal Otro: _____

Padre, madre o tutor **primario**: Apellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____

Nota: El domicilio del hogar es el lugar donde el estudiante duerme cada noche. Los apartados postales no se aceptarán como dirección del domicilio.

Domicilio del hogar: _____ Depto. _____ Ciudad: _____ C.P.: _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____ Tel. del trabajo: _____ Correo-e: _____

Padrastra/Madrastra: Apellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____ Tel. del trabajo: _____ Correo-e: _____

Padre, madre o tutor **secundario**: Apellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____

Domicilio del hogar: _____ Depto: _____ Ciudad: _____ C.P.: _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____ Tel. del trabajo: _____ Correo-e: _____

Padrastra/Madrastra: Apellido: _____ Nombre: _____ Relación: _____

Domicilio del hogar: _____ Depto. _____ Ciudad: _____ C.P.: _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____ Tel. del trabajo: _____ Correo-e: _____

Contacto de emergencia que no es uno de los padres:

Contacto de emergencia que no es el padre, madre ni tutor: _____ Relación: _____ Tel.: _____

Contacto de emergencia que no es el padre, madre ni tutor: _____ Relación: _____ Tel.: _____

Contacto de emergencia que no es el padre, madre ni tutor: _____ Relación: _____ Tel.: _____

NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES: Marque la respuesta que describa el nivel de educación más alto del padre, madre o tutor:

<input type="checkbox"/> No se graduó de la escuela preparatoria (A)	<input type="checkbox"/> Tomó algunos cursos a nivel universitario (C)	<input type="checkbox"/> Cursos o capacitación de especialización posteriores a la universidad (E)
<input type="checkbox"/> Se graduó de la escuela preparatoria (B)	<input type="checkbox"/> Se graduó de la universidad (D)	

Yo/Nosotros hemos revisado este documento de dos páginas y a mi/nuestro leal saber y entender, la información que contiene el presente es verdadera y completa. La persona que firma declara bajo pena de perjurio que él o ella es el padre, madre o tutor legal del estudiante y otorga las autorizaciones arriba indicadas.

Firma de padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Office Use Only: Attendance Area: _____ Inter OLD SDC/RSP/SI Staff Enrolled: _____ Input _____ Email: _____

Proof of Address Provided: _____ Staff: Verify: _____ Due dates: _____

Please be advised if SJUSD does not receive additional proof by due date we will **drop** your child from assigned school. Parent initial _____

Apellido LEGAL del estudiante: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Grado: _____ Hombre Mujer Fecha de nacimiento: _____ Ciudad natal: _____ País natal: _____

Escuela previa: _____ Ciudad: _____ Estado/País: _____ Fecha de salida: _____

¿Existe una **Orden de la Corte activa** que **afecte a este estudiante**? Sí No Si la respuesta es sí, proporcione el documento.

Raza o grupo étnico del estudiante: El gobierno federal requiere una designación étnica para cada estudiante.

Instrucciones: Marque la categoría... que describa mejor a su estudiante - **OPCIONAL**

GRUPO ÉTNICO: Marque el grupo étnico con el que se identifica más el estudiante. Por favor marque uno:

(1) Hispano/Latino (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sur o centroamericano o de otra cultura u origen español, sin tomar en cuenta la raza)

(2) No es hispano ni latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO(A)? (Puede marcar hasta cinco categorías raciales) La parte anterior de esta pregunta es acerca del grupo étnico y no de la raza. Sin considerar lo que haya seleccionado arriba, por favor continúe contestando lo siguiente, marcando una o más casillas para indicar la que usted considera que es su raza.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska (100) | <input type="checkbox"/> China (201) | <input type="checkbox"/> Hawaiana (301) |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (500) | <input type="checkbox"/> Japonesa (202) | <input type="checkbox"/> Guamariana (302) |
| <input type="checkbox"/> Afroestadounidense/Negra (600) | <input type="checkbox"/> Coreana (203) | <input type="checkbox"/> Samoana (303) |
| <input type="checkbox"/> Blanca (700)
(Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa) | <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | <input type="checkbox"/> Tahitiana (304) |
| | <input type="checkbox"/> Indoasiático (205) | <input type="checkbox"/> Otra raza de las islas del Pacífico (399) |
| | <input type="checkbox"/> Laosiana (206) | <input type="checkbox"/> Filipino (400) |
| | <input type="checkbox"/> Camboyana (207) | |
| | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | |
| | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática (299) | |

¿Cuáles servicios especiales ha recibido su hijo(a) en la escuela anterior (Por favor marque todas las casillas que apliquen)

Educación Especial: Recursos (RSP) Clase Especial (SDC) Habla/Lenguaje Plan de ajuste 504

¿Porporcionó usted un **Plan de Educación Individualizada (IEP)**? Sí No

¿Ha asistido este estudiante a una Escuela de Continuación/Alternativa? Sí No

¿Este estudiante ha sido **expulsado(a)**, se le ha **considerado para expulsión** o se le ha dado una **expulsión suspendida** en otro distrito escolar?

Sí No Si a respuesta es sí: Nombre de la escuela: _____ Ciudad: _____

ENCUESTA DEL IDIOMA NATAL :

1. ¿Cuál idioma aprendió su hijo/hija cuando empezó a hablar? _____

2. ¿Cuál idioma usa usted con más frecuencia para hablarle a su hijo o hija? _____

3. ¿Cuál idioma usa su hijo/hija en casa con más frecuencia? _____

4. Escriba el idioma que hablan los adultos en casa con más frecuencia: _____

¿En qué idioma desea usted recibir la información de la escuela? Inglés Español Vietnamita

Cuándo asistió este estudiante por primera vez a la escuela en los Estados Unidos? Mes _____ Día _____ Año _____

¿En cuál mes y año asistió este estudiante por primera vez a una escuela pública de California? Mes _____ Año _____

¿Cuándo comenzó su estudiante el 9º grado?: Mes _____ Año _____ (Tag SG9)

Procedimiento de salida de emergencia y cuidado de emergencia:

En caso de que el Superintendente **declarara estado de emergencia** durante el horario escolar, a todos los estudiantes se les requerirá que permanezcan en la escuela o en un sitio alternativo seguro, bajo la supervisión del personal del Distrito hasta que se determine una hora de salida segura o hasta que un adulto autorizado recoja al estudiante. En caso de que ocurriera una catástrofe grave durante el día de clases, los estudiantes permanecerán en la escuela o en un sitio alternativo seguro y se les permitirá salir únicamente con sus padres, tutores legales o con las personas anotadas como contactos de emergencia en la tarjeta de emergencia en los expedientes de la escuela. Yo entiendo que si se necesita un tratamiento médico o dental de emergencia y no se pueden comunicar con las personas de contacto en caso de emergencia, **se le llamará al 911 y yo me haré responsable de los gastos.** Estoy consciente de que el distrito escolar no puede asumir la responsabilidad por el pago de las cuotas de los gastos médicos en los que se incurra. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a la escuela de cualquier cambio que se relacione con la información de este formulario. **Inicial del padre** _____

Distrito Escolar Unificado de San José
Información de salud del estudiante

Estimados padres de familia:

Sus respuestas a las siguientes preguntas propocionarán información valiosa que ayudará a las enfermeras y personal del SJUSD a planear el programa escolar de su hijo/hija e identificar las necesidades de servicios de atención de la salud. Si su hijo/hija no tiene seguro médico o dental, contamos con seguro gratis o de bajo costo a través de los programas *Medi-Cal*, *Healthy Families*, *Healthy Kids* y el plan de seguro para niños *Kaiser Child Plan*. Por favor llame al 535-6798 para recibir ayuda.

Nombre del estudiante: _____ **Grado:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

de estudiante: _____ Escuela asignada: _____ Idioma de los padres: _____

Madre o Tutora _____ **Teléfono durante el día:** _____

Padre o Tutor : _____ **Teléfono durante el día:** _____

POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE SEA APLICABLE PARA SU HIJO/HIJA:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD Trastorno de atención o Trastorno de atención con hiperactividad | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de los oídos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal frecuente |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Ataques |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Vahídos o desmayos | <input type="checkbox"/> Dolores en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Se cansa fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II | <input type="checkbox"/> Catarros o resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Problemas de peso | <input type="checkbox"/> Alergias graves |
| | | <input type="checkbox"/> Alergias por temporadas | <input type="checkbox"/> Usa una pluma "Epi-Pen" |

POR FAVOR ESCRIBA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA SU HIJO/HIJA, INDICANDO LA DOSIS

EN CASA: _____

EN LA ESCUELA: _____

¿Usa anteojos o lentes de contacto su hijo/hija? SÍ NO

¿Usa aparato(s) para oír su hijo/hija o tiene antecedentes de problemas para oír? SÍ NO

¿TIENE SU HIJO/HIJA SEGURO DE SALUD? SÍ NO

Si sí, por favor marque el tipo: Medi-Cal Healthy Families Healthy Kids Kaiser Child Program Seguro privado

¿Tiene su hijo/hija un proveedor de atención médica al cual visita con regularidad? Si No

Médico familiar o Clínica de salud: _____ Fecha del último examen de salud: _____

Dentista: _____ Fecha de la última revisión dental: _____

Cuando su hijo/hija se enferma ¿adónde lo lleva o qué hace usted?

Consultorio del médico Sala de urgencias Curandera(o) Lo/la mantiene en casa Otra. Por favor explique: _____

Durante el año pasado, ¿ha experimentado su hijo/hija cualquier síntoma de asma como toser, respirar con dificultad, falta de aliento, opresión en el pecho o flemas?

No, para nada Menos de cada mes Cada mes Cada semana Todos los días No estoy segura(o)

¿HA TENIDO SU HIJO/HIJA CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE, OPERACIONES O ACCIDENTES? Sí No

Si sí, ¿cuándo ocurrió? _____ ¿Estuvo internado(a) en un hospital? Sí No

¿HAN ATENDIDO A SU HIJO/HIJA EN LA SALA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DURANTE EL AÑO PASADO?

SÍ No Si sí, ¿por qué fue?: Lesión Asma Diabetes Otra ¿Cuántas veces? _____

Firma de padre, madre o tutor: _____ **Fecha:** _____

Status Requirement: All requirements are met _____ Record Verified: _____ Date: _____ Staff Initial _____

Attended school in Santa Clara County within the last 12 month? Yes No (TB Test)

Attended school in California before July, 2001? Yes No (Varicella)

Currently, up-to-date, but more doses are due late: _____ TB test needed _____ MV _____ 30 day letter _____

Exemption granted for (circle): Personal belief Medical Permanent Temporary: VAR MMR DTP Polio PPD